

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N° 612

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 juillet 1898, à 9 heures

Par A. CHAMPOMIER

Né à Servant (Puy-de-Dôme) le 10 août 1871

DE LA MORPHINE

COMME ANESTHÉSIQUE EN OBSTÉTRIQUE

Président : M. POUCHET, professeur.

*Juges : MM. GLEY, professeur.
VARNIER et ANDRÉ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 juillet 1898, à 9 heures

Par A. CHAMPOMIER

Né à Servant (Puy-de-Dôme) le 10 août 1871

DE LA MORPHINE
COMME ANESTHÉSIQUE EN OBSTÉTRIQUE

Président : M. POUCHET, professeur.

*Juges : MM. GLEY, professeur.
VARNIER et ANDRÉ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

612

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 juillet 1898, à 9 heures

Par A. CHAMPOMIER

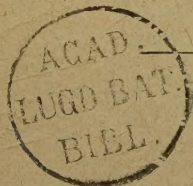
Né à Servant (Puy-de-Dôme) le 10 août 1871

DE LA MORPHINE
COMME ANESTHÉSIQUE EN OBSTÉTRIQUE

Président : M. POUCHET, professeur.

*Juges : MM. GLEY, professeur.
VARNIER et ANDRÉ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAX.
Clinique chirurgicale	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	N.
	PINARD.

Agréés en exercice.

MM.	GAUCHER	MARIE	SEBILLEAU
AICHARD	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ALBARRAN	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
ANDRE	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BAR	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BONNAIRE	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
BROCA	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RÉTTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR G. POUCHET

Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

DE LA MORPHINE

COMME ANESTHÉSIQUE EN OBSTÉTRIQUE

AVANT-PROPOS

Avant d'entrer dans l'avenir, il est de notre devoir de faire un retour sur le passé, d'adresser un souvenir respectueux et reconnaissant à ceux qui furent nos maîtres.

A MM. Rigal et Merklen, nous sommes redevable de nos modestes connaissances de clinique médicale; M. Campenon s'efforça de nous inculquer les principes élémentaires de la chirurgie; c'est à l'expérience et à la sollicitude de MM. J. Simon et Marfan que nous devons d'avoir acquis quelques connaissances dans la pathologie infantile.

A tous nous adressons nos sincères remerciements.

Nous eûmes encore l'honneur de faire partie de la dernière génération qui profita de l'enseignement du regretté

professeur Tarnier. A sa Mémoire, nous adressons un hommage respectueux.

N'oublions point non plus ceux qui furent nos amis.

Notre existence d'étudiant nous a permis de connaître et d'affectionner le docteur Auclair, ancien interne des hôpitaux ; le docteur Lafont, médecin des colonies ; docteur Favier, avocat à la Cour d'appel ; les docteurs Baudon, Robin, Charpentier, Machebœuf.

Uni à eux dans le passé par une franche camaraderie, nous leur sommes lié amicalement pour l'avenir.

A notre ami Thivrier, un salut n'est point de trop, nous lui sommes redevable d'un baptême spécial et bien contemporain.

Nous adressons aussi un souvenir affectueux à notre ancien collègue Regrain. Les hasards de l'existence l'ont tourné vers une carrière peut-être moins libérale que la nôtre, mais certainement plus lucrative ; nous regrettons de ne point l'avoir désormais comme confrère.

Qu'il nous soit également permis de témoigner de notre reconnaissance à M. le docteur Perret. C'est à lui que nous devons l'idée première et les grandes lignes de notre thèse ; l'obligeance qu'il nous a toujours montrée, nous a souvent fait osé d'en appeler à son savoir. Toute notre gratitude lui est acquise.

Daigne, M. le professeur Pouchet, agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance, pour avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

En écoutant à l'une de ses cliniques M. le professeur Budin déclarer que, dans l'avortement, la morphine calmait les douleurs sans nuire aux contractions, il nous sembla que, dans l'accouchement, pareil résultat pouvait être atteint avec ce médicament.

Après un court exposé des différents modes d'anesthésie en obstétrique, nous relaterons ce que nous avons observé, touchant à la morphine dans l'avortement.

Enfin, en nous basant sur deux observations personnelles, nous chercherons à démontrer que la morphine ne mérite point, dans l'accouchement, le discrédit qu'on lui a jeté.

DES ANESTHÉSIIQUES EN OBSTÉTRIQUE

En punition de sa faute, Dieu dit à la femme : « Tu enfanteras dans la douleur », l'obligeant ainsi à acheter au prix de la souffrance le bonheur de la maternité.

Sans doute, dans le cours des âges, plus d'un médecin humanitaire se proposa d'atténuer les douleurs de l'enfantement, mais une thérapeutique insuffisante obligeait à l'expectative. Seule la découverte des anesthésiques devait fournir un remède efficace.

Et encore nombre d'accoucheurs traditionnalistes s'élèverent-ils contre l'emploi et la généralisation de l'anesthésie ? Admettant, *parturies indolore*, ils considéraient presque comme hérétique toute manœuvre transformant cet état physiologique.

Aschwell regardait l'anesthésie comme irréligieuse. Gream cherchait à prouver que la douleur était un mal nécessaires. Barnes allait encore plus loin. Suivant ce médecin orthodoxe, c'était outrager la loi fondamentale de l'adaptation que de prétendre qu'un Créateur bienfaisant ait associé la douleur au processus de la parturition, autrement que dans un but sage et nécessaire.

Faisant fi de ces discussions plus ou moins théologiques, Simpson s'essaya le premier dans l'application et fut le promoteur de l'anesthésie en obstétrique. En février 1847 il eut recours à l'éther pour une femme chez laquelle il voulait pratiquer une version. Quelques mois plus tard il se servit du chloroforme.

A la suite de Simpson, se lancèrent dans cette pratique les accoucheurs anglais.

Leur plus beau succès et en même temps leur plus brillante réclame fut l'accouchement sous chloroforme de la reine Victoria. Et alors ce furent les beaux jours du chloroforme à la reine.

En France, on fut plus prudent, et Andrieu dans une communication à l'Académie belge, disait en parlant du chloroforme : « L'obstétrique lui devra peu de choses ; la femme est destinée à enfanter dans la douleur ».

En 1864, Depaul dans un article du *Dictionnaire encyclopédique* repousse l'anesthésie dans les accouchements naturels, en raison des dangers qu'elle peut entraîner.

Pajot partageait son opinion. Mais en 1874, Campbell dans plusieurs articles et communications se déclare ouvertement partisan de l'anesthésie chloroformique, dans la pratique courante. Bailly partisan de cette manière de voir soutint avec Pajot une vive et brillante discussion.

Depuis lors, MM. Dujardin-Beaumetz, Lucas-Championnière, Polaillou reconnurent l'utilité de l'anesthésie dans la pratique.

En 1874 dans le *Progrès médical* et en 1888 dans le *Bulletin médical*, M. Budin conclue ainsi du chloroforme :

« Après que la parturiente a respiré quelques bouffées

de chloroforme, ce sont d'abord les douleurs péri-utérines qui disparaissent, les douleurs qui irradient tout autour de la matrice, dans l'abdomen, jusque vers les cuisses, et les femmes éprouvent un soulagement notable, puis ce sont les douleurs utérines elles-mêmes qui s'évanouissent. La femme a, dans l'abdomen, la sensation de quelque chose qui serre, qui presse, et la main mise sur le ventre constate que cette sensation coïncide avec une contraction de l'utérus. Les autres modes de la sensibilité sont conservés, la parturiente peut même faire des efforts, mais il y a abolition de la sensibilité à la douleur ».

Et il ajoute :

« Les résultats obtenus par le chloroforme, ne sont pas toujours identiques chez toutes les femmes. On peut habituellement déterminer sans difficulté, l'analgésie ; quelquefois il faut aller plus loin et faire disparaître les modes de sensibilité ; parfois, mais très rarement aller plus loin encore et se rapprocher de l'anesthésie complète. ».

Et c'est alors que les dangers apparaissent.

Donné à dose obstétricale le chloroforme produit simplement l'analgésie, et à cela M. Pinard répond que dans ce cas la douleur au moment de la contraction ne disparaît jamais. Mais donné à doses massives il peut provoquer des accidents mortels. Avec une chloroformisation intensive dit M. Pinard la femme ne répond plus, ne sent nullement le pincement de la peau, mais au moment de la contraction des mouvements réflexes partiels se produisent très énergiques.

Dans le cas de demi anesthésie, le chloroforme régula-

rise les contractions anormales, mais s'il s'agit d'une femme nerveuse obligeant à une anesthésie plus prolongée, il produit la résolution de la fibre utérine.

Dans sa thèse d'agrégation, M. Pinard déclarait qu'il n'était pas douteux que dans la délivrance, la rétractilité utérine ne fasse défaut, dans une certaine mesure, après les inhalations de chloroforme.

On a encore reproché au chloroforme des hémorrhagies *post partum*, mais bien que Simpson avouait que son esprit n'était jamais à l'abri de la crainte des hémorrhagies consécutives à l'emploi de l'anesthésie, le fait contredit par nombre d'accoucheurs, n'est pas suffisamment prouvé.

Le premier en date dans l'obstétrique, l'éther, s'est trouvé par la suite, supplanté par le chloroforme. Au début les promoteurs furent les mêmes, mais dans la suite il se forma une scission dans leurs partisans. Et alors furent créées ces écoles rivales qui se plaisent à proclamer la supériorité de leur anesthésique. Le chloroforme cependant eut la majorité. Citons toutefois F.V. Boukoïemsky de Saint-Petersbourg, qui dans un travail a étudié l'action des inhalations d'éther. Son jugement est basé sur 45 accouchements normaux, et suivant cet accoucheur les inhalations n'influent en rien le pouls, la température et la respiration de la patiente; elles ne prolongent nullement la durée de l'accouchement. Mais on peut lui reprocher la fugacité de son anesthésie; de cette fugacité on ne retire dans certains cas qu'avantage, mais dans beaucoup d'autres elle ne procurent qu'inconvénient. Enfin le fait de son inflammabilité rend l'éther difficile à manier.

Le chloral a eu également ses partisans. En Angleterre

Lambert d'Edimbourg et Gerson de Cunha l'employèrent sur des femmes en travail. En France, Bourdon l'utilisa à la Charité dans son service et ce fut lui qui inspira la thèse de son élève Pellissier.

Suivant ce dernier, administré d'une façon prudente et à dose convenable, le chloral est un agent d'une innocuité absolue. Les contractions utérines continuent à se faire régulièrement, il procure du sommeil et une diminution de la douleur variable avec les sujets.

Mais ce médicament est imparfait, car pour arriver à l'anesthésie il faut des doses élevées, par conséquent dangereuses; de plus il ne remplit pas toujours les indications prévues par l'accoucheur, soit que par son action irritante et son goût désagréable il amène des vomissements, soit qu'enfin administré en lavement il ne puisse être gardé complètement pendant la durée du travail.

DE LA MORPHINE. — HISTORIQUE

L'emploi de la morphine, comme anesthésique en obstétrique, est de date relativement récente.

Sa première application, dans la pratique, ne remonte qu'à vers 1850.

A cette époque, Lever recommande l'emploi de l'opium contre les douleurs qui précèdent le travail naturel, contre les contractions irrégulières, contre la rétraction utérine qui suit la rupture prématurée des membranes chez les femmes qui se marient trop tôt ou trop tard, contre la rigidité de l'orifice utérin, contre la vive douleur causée par le doigt de l'accoucheur chez les femmes, qui ont le vagin sec et chaud et l'utérus irritable.

Dans la suite, Fletzer, Poppel, Auer, Lebert, Kormann E. et Kormann Hecker ont préconisé l'emploi de la morphine, même dans les accouchements naturels.

Ainsi Kormann H., dans un travail remarquable, conseille-t-il la nécessité de soulager, d'atténuer les douleurs de l'accouchement, bien qu'elles soient de nature physiologiques, non seulement quand elles sont excessives, mais toujours et dans tous les cas.

Suivant cet auteur, les inhalations de chloroforme, l'ingestion des narcotiques à doses diverses, donnent de bons

résultats, mais les contre-indications en sont nombreuses. Tandis que les injections hypodermiques de morphine auraient cette sûreté d'effet, cette rapidité d'action, cette facilité d'administration que ne possède aucune autre médication.

Dans sa pratique, Kormann se servait de sulfate de morphine en solution : 0 gr. 15 centigrammes de principe actif pour 4 grammes d'eau.

Les doses habituelles sont de 1 centig. 1/2 à 3 centigrammes et ce médecin déclare n'avoir jamais eu d'accidents en dehors des vomissements, des vertiges et de l'irritation au niveau de la piqûre.

Et dans son travail il conclut que l'injection de la morphine produit un amendement sensible des douleurs, entraînant seulement un ralentissement du pouls et de la respiration.

Dans un mémoire P. C. Barker déclare qu'après avoir administré plusieurs fois du sulfate de morphine à des parturientes, il constata une dilatation progressive du col, phénomène qu'il expliqua par cette théorie. « La morphine stimule les fibres longitudinales de l'utérus, relâche les fibres circulaires. »

Comme Kormann, Barker nota un ralentissement du pouls et de la respiration.

En 1870 Charles Schaw fait des recherches sur l'action de la morphine dans les cas de rigidité du col. Et il conclut ainsi : « Je crois que les préparations opiacées, administrées soit à l'intérieur, soit en injection donnent les plus heureux résultats, dans les cas de rigidité du col due à une irritabilité nerveuse.

En 1872, Guibert de Saint-Brieuc, imitant Claude Bernard, associe la morphine au chloroforme.

Dans une communication à l'Académie des Sciences, il expliqua sa technique et les résultats obtenus.

Il injectait d'abord 0 gr. 01 centigr. à 0 gr. 02 centigr. de morphine et après 40 minutes environ il chloroformisait au moment des contractions utérines.

Bientôt la parturiente voyait disparaître la douleur sans que la contraction en soit influencée.

L'intelligence, les sens et les mouvements volontaires étaient conservés.

Revenant sur ce sujet Franck a dit :

« Si l'on administre préalablement de la morphine dans la chloroformisation, les troubles circulatoires et respiratoires initiaux de la chloroformisation, sont atténués ou même supprimés. Cette suppression ne serait que le fait de la diminution de la sensibilité de la muqueuse nasolaryngée et de l'affaiblissement du pouvoir réflexe des autres appareils modérateurs intra-cardiaques.

En ralentissant la respiration, la morphine s'opposerait en outre à une absorption trop grande du chloroforme et diminuerait d'autant le danger d'un empoisonnement rapide.

L'association de ces deux médicaments diminue le danger de la syncope. »

En 1875, Frenckel recommande une solution contenant à la fois du chlorhydrate de morphine et du sulfate d'atropine, concurremment avec les inhalations de chloroforme, dans les cas de contractions spasmodiques de l'utérus.

Enfin, en 1878, M. le professeur Pinard, dans sa thèse d'agrégation, rapporte deux observations personnelles, où il a étudié le chlorhydrate de morphine, comme mode d'anesthésie en accouchement.

Dans un cas il s'agissait d'une primipare, M. Pinard fit l'injection de morphine pendant la période de dilatation. L'autre était une secondipare et il injecta au moment de la période d'expulsion.

Voici intégralement les conclusions de son travail.

« De la première observation, il ressort clairement que la morphine non seulement diminue les contractions utérines, mais peut suspendre pendant un temps plus ou moins long le travail. Les injections (il en fit deux) étaient espacées de six heures. Ainsi à deux reprises différentes, l'on vit vingt minutes après l'injection, les contractions se ralentir, devenir plus courtes, puis cesser tout à fait pendant quarante minutes la première fois; pendant quatre heures la seconde. Ce point est extrêmement important, car l'on voit de suite quel parti les accoucheurs peuvent tirer des injections hypodermiques de morphine dans les cas de contractions prématurées.

De la seconde observation nous ne pouvons guère conclure n'ayant pas noté la fréquence et la durée des contractions avant l'injection de morphine. Il est facile de voir cependant que si la période d'expulsion n'a point été retardée, elle n'a guère non plus été accélérée.

Dans le premier cas la rétractilité paraît également avoir été atteinte, car le décollement du placenta n'eut lieu que 45 minutes après l'accouchement. »

DE LA MORPHINE COMME ANESTHÉSIQUE DANS L'AVORTEMENT

« Sous l'influence de la morphine, dit M. Pinard, on voit les contractions se ralentir, devenir plus courtes, puis cesser tout à fait pendant un temps plus ou moins long. Et ce point est extrêmement important, car l'on voit de suite quel parti les accoucheurs peuvent tirer des injections hypodermiques de morphine dans les cas de contractions prématurées ».

Jusqu'à ces jours, dans le traitement de l'avortement, on demandait à la morphine et aux opiacées une action paralysante sur le muscle utérin, on leur voulait d'agir comme par un frein sur l'utérus, de l'empêcher d'expulser son contenu.

Employer la morphine pour faciliter l'accomplissement de l'avortement lorsqu'il est inévitable serait donc reconnaître à ce médicament une action qu'on lui avait méconnue jusqu'alors.

Dans cette innovation, nous ne faisons que nous abriter derrière l'autorité de M. Budin. A une de ses cliniques, ce professeur avait déclaré que dans l'avortement, la morphine calmait les douleurs sans arrêter les con-

tractions de l'utérus. Aussi dans son service nous avons pu prendre deux observations dont la conclusion confirme l'opinion émise.

Dans les deux cas l'injection de un centigramme de chlorhydrate de morphine a été suivie de la disparition ou d'une grande atténuation de la douleur. Les contractions ont toujours continué, et le lendemain l'œuf était descendu dans le vagin.

La première malade, multipare, était enceinte de 3 mois $1/2$. Des exercices violents avaient occasionné son avortement. L'hémorrhagie et la douleur l'amènent à l'hôpital. Une injection de un centigramme de morphine à raison de la souffrance, et malgré ce médicament les contractions continuent, le lendemain l'œuf était dans le vagin.

Dans la deuxième observation, l'avortement est dû à un placenta previa, il se produit à 5 mois $1/2$, on fait à la malade le soir de son entrée une injection de 1 centig. de morphine. La douleur s'atténue, les contractions continuent à se produire énergiques. Le fœtus est expulsé le matin et, immédiatement après, le placenta sort également.

En somme dans ces deux cas, le but que l'on visait avec la morphine a été atteint. L'action paralysante que l'on attribuait à ce médicament ne s'est pas produite. Le muscle utérin a continué à réagir, et l'expulsion n'en a jamais été retardée. Les suites de couches dans les deux cas ont été normales.

Chez chacune de ces malades une seule injection de morphine a produit le résultat désiré, mais si l'on se reporte à la thérapeutique de l'avortement, on remarque,

lorsque l'on demande à l'opium ou à son alcaloïde d'arrêter la contractilité de l'utérus, que des doses massives seules peuvent atteindre ce but. Qu'il s'agisse de laudanum sous forme de lavement, de morphine sous forme d'injection, les doses doivent être répétées assez fréquemment.

Ceci nous conduit donc à dire que la morphine à dose normale n'a point d'action paralysante sur l'utérus, c'est le propre des doses massives d'atteindre ce résultat. La physiologie nous apprend en effet qu'une injection de un centigramme de morphine stimule le cerveau et secondairement la moelle, excite le système musculaire, fait naître dans l'organisme une sorte d'éréthisme passager. Tandis qu'à doses élevées, aux phénomènes d'excitation, succèdent des phénomènes de paralysie, la langueur et l'enchaînement musculaire apparaissent.

DE LA MORPHINE EN ACCOUCHEMENT

L'emploi de la morphine, comme anesthésique en accouchement est de date relativement récente. Des débuts brillants lui faisaient augurer un avenir heureux, mais des travaux plus récents, notamment la thèse d'agrégation de M. Pinard, firent évanouir toutes ses espérances.

Et pourtant si l'on oppose la morphine aux agents chimiques, produisant l'analgésie, au chloroforme par exemple, l'alcaloïde de l'opium, sur beaucoup de points conserve l'avantage.

Dans son emploi, la morphine n'exige point comme le chloroforme, une mobilisation d'auxiliaires. Le modeste médecin hésite devant une inhalation, mais c'est le cœur léger qu'il fait une piqûre.

Avec une injection de morphine on connaît la quantité absorbée, c'est une dose déterminée, se traduisant d'habitude par une analgésie sensiblement égale. En est-il de même avec le chloroforme ?

La morphine procure une anesthésie plus longue et en même temps plus douce. La quiétude du médecin est complète ; s'il jouit d'un esprit tranquille c'est qu'il n'a

pas à redouter pour sa malade les dangers du chloroforme.

Tout en atténuant ou même supprimant la douleur ; à dose modérée , la morphine conserve à la malade la libre disposition de son intelligence, de son activité musculaire, laissant ainsi à l'accoucheur un auxiliaire puissant.

La chloroformisation obstétricale réalise bien cet avantage, mais le bénéfice que l'on gagne d'un côté ne le perd-on pas dans une atténuation insuffisante de la douleur ?

Le chloroforme n'est pas toujours à l'abri des impuretés, souvent il occasionne au médecin des déboires et à la malade de graves malaises. Une solution de morphine est au-dessus de ces critiques.

Nombreuses sont les contre-indications de l'anesthésie chloroformique. Chez les malades atteintes de maladies des voies respiratoires, les tuberculeuses par exemple, chez les cardiaques on doit user de grands ménagements, les inhalations peuvent leur faire courir de graves dangers. Avec la morphine les inconvénients n'apparaissent que chez les rénaux et encore le chloroforme n'est pas à l'abri de ce désavantage.

De cette comparaison, la supériorité de la morphine ressort incontestable ; d'où peut donc provenir l'ostracisme dont on l'a frappé en accouchement ?

Elle diminue les contractions utérines et même peut les faire disparaître ; a dit M. Pinard.

C'est là que réside le grief.

Si l'on se reporte aux faits qui ont établi l'opinion de

ce professeur on voit que son jugement a été basé sur une seule observation.

Chez la malade de M. Pinard, chaque injection avait en effet pour conséquence une diminution et même disparition des contractions. Mais si l'on considère que dans ce cas, il s'agissait d'une primipare dont la dilatation était très lente, que pour atteindre un orifice grand comme une pièce de 2 francs, date de la première injection, douze heures de souffrances avaient été nécessaires; il nous semble qu'une conclusion moins rigoureuse que celle de M. Pinard serait plus équitable. Au lieu d'imputer à la morphine seule cette disparition des contractions, ne serait-il pas naturel de faire remonter une part de responsabilité à l'état d'épuisement du muscle utérin?

Dujardin-Beaumetz avait prétendu que la morphine faisait dormir en calmant la douleur. Serait-il illogique de supposer pour le muscle utérin, en accouchement, que la suppression de l'élément douleur eût pour conséquence une atténuation de l'élément énergie?

Mais pourquoi s'étendre sur des suppositions, la relation des faits étudiés sera notre meilleure preuve. Un simple résumé de nos deux observations fera plus pour notre cause que beaucoup de théories.

Dans un cas, il s'agissait d'une multipare, nous lui fîmes pendant le travail de dilatation une injection de 0,01 centig. de morphine, 10 minutes après les contractions sans être moins énergiques, sont bien moins douloureuses. Suivant la femme, elle ne sentait plus rien par rapport aux douleurs précédentes.

L'accouchement se fit régulièrement et 30 minutes après,

la délivrance s'opéra normalement. C'est une primipare que nous avons étudié dans notre seconde observation. A deux reprises différentes nous lui fîmes une injection de 0gr. 01 centig. de morphine et chaque fois la douleur fut atténuée sans qu'aucune action retardante se manifeste dans les contractions.

En somme chez ces deux malades, la morphine est innocente du reproche qu'on lui a adressé.

Elle procura une analgésie suffisante pour faciliter l'accouchement, et dans aucun cas la fibre utérine ne perdit de son activité. Et encore chez notre seconde malade, la dose fut répétée sans que pour cela il se montra des phénomènes de paralysie.

M. Pinard avait noté dans une de ses observations que la rétractilité de l'utérus avait été atteinte, le décollement du placenta n'étant survenu que 45 minutes après l'accouchement. Dans les deux cas que nous relatons la délivrance s'est accomplie normalement, l'expulsion du placenta s'est faite spontanément sans rapidité, il est vrai, mais aussi sans retard, 30 minutes après l'accouchement.

En résumé nous avons donné la morphine à la dose 0 g. 01 centig. chaque fois que les contractions étaient trop douloureuses. Dans un cas une seule injection a suffi, dans l'autre deux ont été nécessaires, et cela sans inconvénient.

Aussi pouvons-nous conclure, en nous basant sur des faits où la morphine a été utilisée en quantité minime, à l'innocuité de ce médicament sur l'utérus. Douée de qualités analgésiques puissantes, sans mériter le discrédit qu'on lui avait jeté, la morphine, employée à doses modérées peut, en accouchement, rendre de grands services.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Avortement de 3 mois 1/2. Traité par la morphine.

27 Berthe B..., âgée de 25 ans.

Antécédents personnels. — Nuls.

Antécédents héréditaires. — Pas de maladies antérieures.

Premières règles à 12 ans. Régulières, non douloureuses. Première grossesse normale, terminée à terme le 8 novembre 1896, par la naissance d'un garçon nourri de lait et d'eau panée, mort à trois mois. Père bien portant.

Grossesse actuelle. — Dernières règles 1^{er} au 4 décembre 1897. Aucun malaise, voulant se soustraire à toute cause capable de déterminer un accident, la personne interrompt son métier qui consiste à repasser des étoffes teintes.

20 mars. — Monte en balançoire pendant 1/4 d'heure environ. Vers 8 heures elle est prise de douleurs. Elle va consulter à la Maternité où on lui dit qu'un avortement est à craindre. Revenant chez elle, elle ressent une violente douleur et expulse un gros caillot.

A quatre heures elle se rend à la clinique. Est admise salle de gynécologie n° 4. M. Dubrisay lui fait donner une injection de morphine, puis plus tard un lavement laudanisé, les douleurs s'arrêtent.

21 mars. — M. Budin trouve un col perméable, constate dans le vagin la présence de l'œuf, qu'il extrait avec quelques caillots. Il pèse 70 grammes et est du volume d'une petite orange. On trouve sur les membranes une ouverture grande comme une pièce de 0 m. 70 centimètres ; une partie de la caduque y est annexée. Sur l'amnios on trouve deux gros caillots. Interrogée sur ce qu'est devenu le fœtus, la mère ne peut donner aucun renseignement. Elle quitte le service le 28 mars à son septième jour malgré avis médical.

OBSERVATION II

Avortement à 5 mois $1/2$ en deux temps. Placenta prævia.
Traité par la morphine.

Blanche R..., primipare âgée de 18 ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Rien, élevée au sein. Ignore à quel âge elle a marché, toujours bien portante. Réglée pour la première fois à 13 ans, irrégulièrement.

Dernières règles. — 21 septembre 1897. Vomissements, leucorrhée. A senti remuer vers le 15 février 1898. La grossesse continue à évoluer normalement, jusqu'au début du mois

de mars. Dans les premiers jours du mois de mars, elle fait une chute assez violente sur les seins. La chute n'a été suivie d'aucun inconvénient.

20 mars. — 11 heures du matin, elle se sent mouillée. Elle s'aperçoit qu'elle perd un peu de sang liquide cette perte peu abondante continue par intermittence pendant toute la journée.

21 mars. — 8 heures du matin. La malade continue à perdre plus abondamment, en même temps surviennent de légères douleurs. Elle arrive à la Clinique le même jour vers 10 heures du matin.

A son entrée le col est en voie d'effacement. Grand lavement évacuatif. Deux lavements de laudanum de 15 grammes sont donnés. Des douleurs s'arrêtent, l'écoulement sanguin est moins abondant.

5 h. 1/2 du soir les douleurs reprennent avec plus d'intensité, l'écoulement sanguin continue. On met la malade à la salle de travail, vers 9 heures du soir, le col est complètement effacé ; une injection de 0 gr. 01 de morphine est faite. Les douleurs diminuent mais les contractions continuent et se rapprochent de plus en plus. La dilatation est complète à minuit

22 mars. — A 1 heure du matin la poche des eaux se rompt spontanément.

A 1 h. 15 le placenta apparaît en partie à l'orifice vulvaire, accompagné d'un paquet de cordon. On engage la parturiente à pousser.

Le fœtus apparaît à la vulve, est expulsé le premier. Le placenta sort immédiatement après. Durée du travail 7 heures 45. Il s'agissait d'une fille de 5 mois 1/2 pesant 950 grammes morte 1 heure après la naissance. Longueur 36 centimètres.

Placenta 250 grammes. Cordon 50 centimètres, membranes complètes.

Examen. — Vu par sa face fœtale, le placenta montre l'insertion du cordon central. Cordon gros : 1 centimètre 1/2 de diamètre. Déchirure des membranes un peu oblique. Au bord supérieur du placenta les membranes mesurent 20 centimètres, vers le bord inférieur la déchirure borde le placenta sur une étendue de 4 centimètres empiétant de 1 centimètre environ sur le bord du placenta. Face utérine déchiquetée. Irrégulier sur une largeur de 8 centimètres, il est séparé de la masse principale par un sillon de 3 centimètres de large sur 10 centimètres de longueur. Température prise le lendemain 38°2, pouls 104.

Lochies fétides. Injections utérines. Le 24, 3 injections utérines T. 36°,8 soir, 37°6, pouls à 92. Le 25 37°6.

La femme quitte l'hôpital à son 9^e jour malgré avis médical.

OBSERVATION III

(De la morphine en accouchement).

La nommée B. âgée de 25 ans, profession blanchisseuse.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, ni frère ni sœur.

Antécédents personnels. — Age de la marche inconnu.

Pas de maladies dans l'enfance, premières règles à 13 1/2.

Régulières, durant 4 à 5 jours.

Grossesses antérieures. — 1^e Grossesse. Il y a 5 ans venue à terme, normale. Enfant élevé au biberon mort à 10 mois de diarrhée.

2^e Grossesse. Il y a deux ans, à terme, normale, enfant vivant.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, 2 à 7 août 1897. vomissements, nausées.

5 mai 1898. *Examen.* — Squelette normal. Cœur normal. Utérus à deux doigts de l'appendice xyphoïde. Tête amorcée au détroit supérieur. Dos à gauche O I G T Enfant vivant.

Toucher. — Col long perméable à ses deux orifices.

Excavation vide.

Bassin normal.

La femme entre en travail le 12 mai à 5 heures du matin. à 8 heures la dilatation est de 3 centimètres, la tête est engagée en OI G A. Bruits du cœur bons. Les contractions sont énergiques et très douloureuses. La femme pousse des cris perçants à chaque douleur. On lui fait alors une injection de morphine de 0 gr. 01 centigramme : 10 minutes après, les contractions sans se ralentir ne sont plus aussi douloureuses.

La femme dit qu'elle ne sent presque plus rien relativement aux douleurs précédentes.

A 10 h. 15 la dilatation est complète.

Jusqu'à ce moment les contractions n'ont eu aucune tendance à se ralentir, et il est certain que dans ce cas l'injection de morphine n'a eu d'autre résultat que de calmer les douleurs de la contraction.

10 h. 40. — La femme accouche spontanément d'un enfant du sexe féminin pesant 3180 grammes.

Délivrance à 11 h. 15 spontanée.

Suites de couches normales.

OBSERVATION IV

La nommée N..., âgée de 21 ans, couturière.

Antécédents héréditaires. — Père mort de paralysie générale.

Mère bien portante.

Un frère mort tuberculeux.

Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Âge de la marche, 15 mois.

Dans la jeunesse a eu la rougeole et la scarlatine.

Premières règles à 16 ans. Régulières. Durant deux à trois jours.

A 15 ans, pleurésie soignée à Cochin pendant 3 mois.

Grossesse actuelle. 1^o grossesse.

Dernières règles 10 au 15 septembre 1897.

Pas de complications.

Examen. — Squelette normal.

Cœur. — Souffle au premier temps à la pointe.

Utérus à deux doigts de l'appendice xyphoïde.

Tête engagée OIDP. Enfant vivant.

Toucher. — Col long et fermé.

Premières douleurs 17 juin 1898 à 5 h. du soir. Les douleurs sont rares et espacées toute la nuit.

14 juin. — 8 h. du matin le col est effacé.

Grand bain de 1 h. Les douleurs deviennent plus fréquentes et plus énergiques.

10 h. matin. Dilatation comme pièce de 1 franc. Les douleurs sont très fortes, et très fréquentes. La femme ne peut tenir en place, elle s'agite beaucoup. On lui fait alors une injection de 0 gr. 01 centigramme de morphine.

Presque immédiatement après la femme se trouve soulagée, elle souffre beaucoup moins, mais cependant les contractions utérines sont tout aussi fréquentes et aussi énergiques. La dilatation se poursuit lentement.

A 3 heures du soir elle est d'une grande paume de main, mais les contractions recommencent à être très douloureuses. On refait une seconde injection de morphine de 0 gr. 01 centigramme. Les contractions continuent mais moins douloureuses et à 5 heures du soir, la dilatation est complète.

6 h. 30. La femme accouche spontanément d'un enfant du sexe féminin pesant 2800 gr. bien constitué.

Légère déchirure du périnée; 2 serres fines.

Délivrance spontanée à 7 h. du soir.

Suites de couches normales.

OBSERVATION V

(Prise dans la thèse d'agrégation de M. Pinard).

La nommée H..., cuisinière, entre à la Maternité 11 juin 1878, à 4 heures du matin, OI DP.

Elle a accouché une fois spontanément, elle est à terme de sa seconde grossesse et souffre depuis 3 heures du matin.

A son arrivée la dilatation est égale à une pièce de 1 franc.

10 heures du matin la dilatation est complète.

Au moment de chaque contraction, la femme jette des cris et se plaint. Les membranes sont intactes.

A 10 heures. Injection de 0 gr. 005 milligrammes de morphine, les douleurs ne sont point calmées,

11 heures. Injection de 0 gr. 01 centigramme de morphine un quart d'heure après les douleurs sont moins fortes, elles vont en s'atténuant.

12 heures. Elle s'endort pendant l'intervalle des contractions.

1 heure. Rupture artificielle des membranes.

1 h. 25. Expulsion du fœtus ; délivrance naturelle.

OBSERVATION VI

(Thèse d'agrégation de M. Pinard).

M..., 18 ans. Couturière, primipare, entrée le 7 juin 1878, à la Maternité à 9 h. 1/2 du soir au terme de sa grossesse. OI DP.

Premières douleurs, 9 juin à 9 heures du matin.

9 juin. — 10 heures matin. Dilatation comme pièce de 0 fr. 50.

10 h. 35, quelques petites plaintes étouffées.

Les contractions apparaissent toutes les 3 minutes et durent une minute environ.

11 heures. Douleurs plus vives.

Les contractions sont aussi fréquentes, parfois elles augmentent de durée.

2 heures à 3 heures, les douleurs quoique se répétant souvent sont faibles et n'avancent pas le travail.

4 heures. Dilatation comme pièce de 2 francs.

La dilatation n'augmente plus.

8 h. 30. Même situation,

9 heures. Douleurs vives.

9 h. 30. Toujours dilatation comme pièce de 2 francs.

Injection de 1 centigramme de morphine.

10 minutes après : Plus de cris, à peine de petites plaintes ; sommeil profond dans l'intervalle des contractions.

11 h. 10 : La femme est depuis une heure dans le calme complet ; corps entier dans résolution ; un peu de paresse intellectuelle, mais pas de sensation de pesanteur dans les membres. La femme répond cependant clairement aux questions qu'on lui pose ; elle dit être heureuse du calme qu'on lui a procuré.

11 h. 30 : Toujours dilatation comme pièce de deux francs. Contractions plus éloignées, toutes les dix ou douze minutes.

10 juin. — 1 h. 43. Nouvelle injection de 0 gr, 01 de morphine. Sommeil amenant calme jusqu'à 6 heures ; à ce moment, la dilatation est comme précédemment.

6 heures : Douleurs reprenant avec violence et régularité.

10 heures : La dilatation est à peu près complète. La femme est dans un état d'énervement très grand ; elle a la face congestionnée ; une sensibilité extrême du ventre.

10h.30 : Contractions reparaissent fréquentes et durent une minute environ.

Agitation de la femme dans l'intervalle des contractions.
L'intelligence paraît légèrement altérée.

10 h. 47 : La femme divague, éprouve une soif intense, sommeil littéralement debout.

11 h. 12 : Rupture artificielle des membranes.

11 h. 45 : Dilatation complète.

2 heures après-midi : Tête à la vulve; contractions énergiques.

2 h. 30 : Dégagement de la tête.

2 h. 35 : Expulsion complète; l'enfant naît et ne jette pas un cri; on le ranime, il est très volumineux.

3 h. 20 ; Délivrance naturelle.

Rien de particulier dans les deux premiers jours qui ont suivi les couches.

CONCLUSIONS

1° En obstétrique, la morphine est d'un emploi plus facile que les autres anesthésiques.

2° Tout en procurant l'analgésie elle ne fait pas courir à la malade les dangers des inhalations.

3° A dose modérée, elle laisse à la malade la libre disposition de ses facultés intellectuelles et physiques.

4° N'offre point les contre-indications des autres anesthésiques.

5° Injectée modérément, elle ne paralyse point l'utérus, dans l'avortement aussi bien qu'en accouchement.

Vu : le président de la thèse

G. POUCHET

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- L. CALVET. — Essai sur le morphinisme. Thèse de Paris, 1877.
- CL. BERNARD. — Leçons sur les anesthésiques, 1875, p. 121.
- Des effets physiologiques de la morphine et de leur combinaison avec ceux du chloroforme.
- Bull. général de thérap, 1869, T. 77, p. 241.
- BOUTEQUOY. — Anesthésie obstétricale dans un cas de dystocie par rigidité du col. J. de thérap. 1881, p. 161.
- RUDIN. — De l'emploi des anesthésiques en obstétrique.
- Progrès médical, 1874, p. 249-256.
- Chloroforme en obstétrique. Leçons de clinique, 1889 p. 67.
- CHAIGNEAU. — Des divers agents anesthésiques dans les accouchements naturels. Th. Paris, 1889.
- CAMPBELL. — Considérations naturelles sur l'anesthésie obstétricale, Paris, 1877.
- CHOUPE. — Hydrate de chloral comme anesthésique dans l'accouchement naturel. Ann. de gyn. 1875, p. 348.
- DASTRE. — Anesthésie par méthode mixte. — Atropine morphine, chloroforme. Sem. médicale, 1889, p. 318.
- DROUET. — De l'analgésie chlorformique dans les accouchements naturels, Th. Paris, 1887.
- DUJARDIN-BEAUMETZ. — Dictionnaire de thérapeutique.

- DUMONT-PALLIER. — Anesthésie obstétricale. Union médicale 1878. Bull. et Mém. Soc. de méd. Paris 1878-1879, p. 339.
- GUIBERT DE SAINT-BRIEUC. — Anesthésie mixte. Compte-rendu de l'Académie des sciences, 1872.
- LABBÉ et GOUJON. — Action combinée de la morphine et du chloroforme. Gaz. des hôpitaux 1872, p. 251.
- LEBERT. — Anesthésie obstétricale concours méd. 1881, p. 213.
- MANQUAT. — Traité de thérapeutique.
- PELLISSIER. — Sur les indications de l'hydrate de chloral dans les accouchements. Th. Paris, 1883.
- PAJOT. — Anesthésie obstétricale. Dict. encyclopédique des sciences, 1886. T. IV.
- PEYRONNET. — Chloral en clinique obstét. Montpellier, 1883.
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- PINARD. — Action comparée, chloroforme, chloral, opium et morphine chez la femme en travail. Th. agrégation. Paris, 1878.
- VERRIER. — De l'anesthésie en obstétrique. Bull. therap. 1865, t. 68, p. 46.

